

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTE DE MÉDECINE

ANNÉE 1934

THÈSE 274^{N°} 1

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ISAAC BRONSTEIN

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Novembre 1906, à Ismail (Roumanie)

**Réflexions sur la Clinique
de 100 cas
d'Ulcères gastro-duodenaux**

Président de Thèse : M. le Professeur F. BEZANÇON

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR
13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1934

79

ANNÉE 1934

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ISAAC BRONSTEIN

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 Novembre 1906. à Ismail (Roumanie)

Réflexions sur la Clinique de 100 cas d'Ulcères gastro-duodenaux

Président de Thèse : M. le Professeur F. BEZANÇON

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

—
1934

I. — PROFESSEURS

<i>Le Doyen</i>	M. ROUSSY.
	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE CAUDART D ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Melle J LÉVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	SÈNEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT
	(Pasteur)
Ophthalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE) A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MOCQUOT	
	SCHWARTZ...		
MM.			
GUÉNIOT.....	} Clinique obstétricale		
LE LORIER.....			
LEVY-SOLAL.....			
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection.

A MON FRÈRE

DOCTEUR ELIE BRONSTEIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Qui a fait de moi un médecin.

Profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FIANCÉE
MADEMOISELLE RAYMONDE GALLON

Témoignage d'affection.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale à Paris

Médecin à l'Hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Au Maître qui m'a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Médecin à l'Hôpital Saint-Antoine

Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma très vive reconnaissance
et de ma profonde admiration.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHÈNE

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Assistant à l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui a bien voulu m'inspirer l'idée de cette
thèse. Témoignage de profonde reconnais-
sance et de grande amitié.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

ANSELME SCHWARTZ

Chirurgien à l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de ma profonde admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL DENIKER

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de gratitude et de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS

Chirurgien à l'Hôpital de la Charité

Officier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BOURGEOIS

Médecin des Hôpitaux de Paris

Expression de ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES JACQUELIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Mes sincères remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR WIDAL (Cochin)

In Memoriam

M. LE PROFESSEUR LEJARS (Saint-Antoine).

In Memoriam

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ (Necker)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROUARDEL (Necker)

M. LE PROFESSEUR DESCOMPS (Charité)

In Memoriam

M. LE DOCTEUR BOULIN (Pitié)

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE (Baudelocque)

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE (Broca)

M. LE DOCTEUR F. RAMOND (St-Antoine)

A MESSIEURS :

LE DOCTEUR SAMUEL STEINBERG

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

HENRI DANY

Interne des Hôpitaux de Paris

LE DOCTEUR WEIL-SPIRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Assistant à l'Hôpital de la Pitié

PIERRE BOISSONNAT

Externe des Hôpitaux de Paris

Avant-Propos

Au cours de notre année d'externat dans le service de notre Maître, Monsieur le Docteur Félix RAMOND, nous avons été frappé par la variabilité des tableaux cliniques des ulcères gastro-duodénaux.

En raison de cette inconstance séméiologique, nous avons recherché dans la littérature, l'avis des divers auteurs et n'avons pas manqué d'être surpris par les grosses divergences d'opinions, même entre celles qui sont les plus autorisées sur cette question.

Souvent, les avis se répètent, sans rien ajouter de nouveau. Par ailleurs, il convient de se méfier de l'interprétation des faits déjà anciens; Il faudrait, pour cela, ne retenir que les quelques travaux récents où les observations sont complètes.

Sur ce dernier point précis, nos recherches bibliographiques n'ont guère été favorisées.

Chaque auteur apporte une « impression », un jugement souvent précieux, mais presque toujours imprécis, par l'omission des données mêmes qui l'ont déterminé.

Pour cette raison, nous avons colligé 100 cas d'ulcus gastro-duodénaux, pris au hasard de la riche documentation du service, et les avons uniquement classés de la façon suivante :

Nous n'avons retenu que les observations prises et étudiées en détail, avec ou sans examen du chimisme gastrique et comportant toujours, non seulement une vérification radiologique, *mais un contrôle anatomique opératoire*. Ce contrôle doit être actuellement considéré comme le critère essentiel. « La vérification chirurgicale du diagnostic est la moderne et parfaite école des Médecins » (Delort).

Ces observations s'échelonnent sur 13 années, de 1920 à ce jour. Quelques-unes des plus anciennes pourraient paraître insuffisantes du point de vue radiologique, ayant été prises avant le développement de la technique des radiographies en série, mais elles servent à l'appréciation de la nouvelle précision due aux méthodes récentes.



Nos malades sont des digestifs médicaux parmi lesquels la chirurgie, devenue *un moyen thérapeutique nécessaire*, apporte la *confirmation anatomique*.

Tels quels, ces malades constituent une « série » dont les caractères peuvent être assez dissemblables de ceux d'une autre série. Il s'agissait, pour ceux-ci, de sujets dont les troubles ou accidents furent jugés *médicalement et socialement*

suffisants pour justifier une hospitalisation et une intervention.

Comme nous le verrons, si la localisation de l'ulcère a pu rester parfois imprécise, la diagnostic « global » n'en était pas moins certain.

Si notre travail devait être uniquement une étude statistique — et nous nous en défendons bien —, il serait entaché d'erreurs en raison de la possibilité — et de la fréquence — des perforations d'ulcères en pleine santé.



Nous prions notre Maître Monsieur le Docteur Félix RAMOND d'accepter ici l'hommage de notre profonde gratitude, pour son enseignement si bienveillant.

Nous remercions également MM. les Docteurs Louis BAZY, Ch. JACQUELIN et DARFEUILLE, pour le concours qu'ils ont bien voulu nous apporter, soit par des observations qu'ils nous ont prêtées, soit par des conseils utiles qui nous ont aidés à l'élaboration de ce travail.

Quant au Docteur Paul CHÊNE à qui nous devons l'idée de ce travail, nous ne pouvons dissocier son nom d'avec celui de notre Maître le Docteur Félix RAMOND.

Avec dévouement et autorité, il nous a prodigué, durant

notre année d'externat et pendant la préparation de cette thèse, des conseils précieux qui nous ont permis de mener à bien notre travail.

Nous le prions d'agréer ici notre reconnaissance pour son amitié et pour sa bonté à notre égard.

Introduction

L'analyse historique de la séméiologie des ulcères gastro-duodénaux est absolument parallèle à celle des diverses affections et on doit y distinguer deux phases :

anatomo-clinique et

anatomo-physiologique (ou radiologique).

La première de ces périodes, celle qui correspond aux travaux fondamentaux et classiques de Cruveilhier et de Bucquoy, ne répond qu'à un nombre assez restreint de faits.

Dans cette phase, le tableau clinique-type fut établi d'une façon décisive : il s'agissait des seuls cas patents confirmés par la vérification anatomique de l'époque, c'est-à-dire l'autopsie.

Mais déjà, à cette période, la connaissance des faits d'ulcérations *guéries*, dont la symptomatologie ou les caractères évolutifs avaient été frustes ou absents, révélait une des deux antinomies de base de cette étude de l'ulcère gastro-duodénal.

La seconde période, grâce au développement — d'ailleurs relativement récent — de la radiologie digestive, a permis d'augmenter considérablement le nombre des cas d'ulcères gastro-duodénaux reconnus.

Les opinions se sont notablement modifiées et l'on a un peu perdu de vue les données solides des anciens auteurs. La clinique a parfois cédé le pas à la richesse des documents apportés par la radiographie en série.

Dans cet ordre d'idées, les perfectionnements techniques, l'inocuité des examens, l'insistance avec laquelle ils sont souvent réclamés par les malades, ont fait perdre un peu pied aux observateurs. Le praticien trop souvent lorsqu'il hésite sur un diagnostic le demande au radiographe. C'est ainsi qu'en dépit d'une symptomatologie souvent négligée ou étudiée succinctement, on a eu tendance à reconnaître une valeur trop grande — parfois absolue — aux images fournies par la radiologie. Il faut juger autant les tableaux cliniques que les images fixées sur les clichés au travers du contrôle anatomique opératoire.

En effet, si la radiologie a facilité le dépistage des lésions, sa confrontation avec l'anatomie — par les constatations chirurgicales en l'occurrence — a déclanché puis éteint à elle seule une querelle fameuse par delà l'Atlantique.

La lecture si instructive du très important rapport de Enriquez et Gaston Durand, en 1922, fait le point dans cette évolution. On cherchait à distinguer et à opposer, comme deux maladies différentes, les ulcères gastriques et duodénaux. Les deux auteurs ont pu faire de l'examen radiologique, l'élément décisif de ces deux diagnostics.

Depuis, peu à peu, encore que les données anatomo-

cliniques restent plus des « impressions d'ensemble », les esprits se sont orientés vers la notion d'une « maladie ulcéreuse unique » où la localisation n'avait qu'une importance secondaire. Les théories « trophiques » ou « tissulaires » sur la pathogénie de la maladie de Cruveilhier témoignent de cet état d'esprit.

Nous ne les discuterons pas, mais c'est en vertu de cette tendance que nous n'avons pas opposé les deux localisations gastriques ou duodénales. Seules les divergences évolutives justifient des différences de thérapeutique mais, du point de vue séméiologique, qui nous intéresse, il ne peut être utile de maintenir l'opposition classique entre les deux localisations.

Cette double proposition : importance disproportionnée de la radiologie, absence de netteté dans la distinction des ulcères, crée un état d'esprit assez dangereux. Il déçoit et désespère le praticien qui ne sait plus à quelle investigation faire confiance, parce que ceux-là mêmes qui reprennent avec le plus de vigueur les schémas classiques, sont ceux qui attachent le plus d'importance à des « canons » radiographiques.

Ainsi, hésitant entre l'exigence trop absolue d'un cadre rigide à l'excès qui n'autorise le diagnostic qu'en cas de clinique et de radiologie typiques, et la tendance de certains à s'appuyer plus volontiers sur les images radiographiques, le médecin cherche des directives et ne trouve que des opinions tranchées et théoriques.

C'est parce que nous avons compris et ressenti cette inquiétude, que nous avons confronté 100 cas d'ulcus authentiques.

Nos conclusions purement objectives n'ont pas la prétention de faire définitivement le point sur cette question si délicate, elles ne font qu'apporter des documents aussi scrupuleusement étudiés que possible qui serviront de jalon pour parfaire l'étude de cette maladie ulcéreuse qui a fait couler tant d'encre.

Ces réflexions finales nous ont confirmé dans la certitude qu'aucune méthode, qu'aucune technique, n'a le privilège absolu d'apporter la vérité mais que celle-ci ne ressort que des confrontations, sans parti pris, d'éléments placés sur le même plan pour l'établissement du faisceau terminal.

Les documents bibliographiques que nous avons pu étudier n'ont pas tous été retenus dans ce travail pour éviter de lui faire perdre son caractère de stricte objectivité.

Nous ne ferons que signaler au passage les oppositions importantes que nous avons relevées entre les constatations de notre série de faits et celles de tel ou tel auteur.

PREMIÈRE PARTIE

Étiologie

Dans le dépouillement des observations, nous avons été frappés, au passage, par la fréquence vraiment indiscutable de l'ulcère chez les hommes. En effet, sur nos 100 malades, 82 étaient des hommes, 18 seulement étaient des femmes.

Mathieu avait déjà signalé cette prédilection.

L'âge auquel les sujets sont venus consulter est caractéristique. Si 1 seulement avait moins de 20 ans (17 ans) et 9 étaient au-dessous de 30, par contre 37 étaient entre 30 et 40 ans, 24 entre 40 et 50, 17 dépassaient les 50, 9 les 60. Mathieu, déjà dans un important travail sur l'ulcère des gens âgés, Savy, dans un article récent, nous ont appris à ne pas nous étonner de l'existence de cette affection chez les sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Quant aux autres facteurs étiologiques, éthylisme, profession, fautes d'hygiène, ils nous ont paru d'une interprétation trop délicate pour mériter d'être retenus.

DEUXIEME PARTIE

Etude clinique fonctionnelle

Lorsqu'on lit les traités classiques, celui de Gutmann excepté, on est frappé de l'insistance avec laquelle les auteurs tiennent à distinguer une phase de début, une phase d'activité et une phase de régression de l'ulcère gastro-duodénal.

Comme la plupart des auteurs modernes le considère actuellement, nous ne croyons pas que l'on puisse retenir un tel cadre de description.

Le problème du diagnostic de la reconnaissance clinico-radiologique de l'ulcère est tout à fait différent, en raison des deux concepts suivants :

1° La maladie ulcéreuse de Cruveilhier à localisation indifféremment gastrique ou duodénale, a une évolution cyclique avec réveils et accalmies plus ou moins rythmées.

Il faut distinguer cette maladie au rythme bien spécial des ulcérations ou érosions encore mal connues que l'on peut rencontrer dans ces états de gastrite, que seule l'endoscopie gastrique peut faire entrevoir de nos jours.

2° Il ne saurait s'agir dans cette évolution de phases initiales ou de périodes d'état. En pratique, si le médecin se trouve en présence d'une première crise, il peut être dange-reusement embarrassé lorsque la symptomatologie de la ma-ladie ulcéreuse n'est pas rigoureusement classique.

Par contre, si l'état critique pour lequel le sujet vient con-sulter pour la première fois, a été précédé d'incidents analo-gues ou voisins, le rythme à *lui seul*, en dépit d'une sympto-matologie parfois hésitante, aide puissamment au diagnostic.

Il n'y a donc, en aucun cas : début, état, terminaison, ni récidives, mais maladie à éclipses dont la reconnaissance ra-diologique, facile à certains moments peut être impossible à d'autres.

Cette notion renforce singulièrement la valeur de la clinique pour la reconnaissance des ulcères.

Nous ne distinguerons pas les ulcères gastriques des ul-cères duodénaux car, au cours du dépouillement de nos ob-servations et malgré un pointage précis, nous n'avons pas trouvé avons-nous dit plus haut d'éléments cliniques suffisants pour isoler ces deux localisations de la maladie ulcéreuse.

Au hasard de la présentation des caractères, nous signa-lerons les nuances qui nous ont frappés mais véritablement, et sans idées préconçues, elles ne sont pas suffisantes pour faire décrire séparément deux tableaux différents.

C'est ainsi que Garin et Bernay concluent très justement :

« En pratique, la clinique peut seulement faire le diagnostic d'ulcus. A la radiologie, le soin de dire s'il est gastrique, pylorique ou duodénal ».

Il n'y a pas plus d'intérêt à vouloir ériger ces localisations au rang d'éléments d'un diagnostic différentiel entre deux maladies distinctes qu'à décrire un début, une phase d'état ou de terminaison dans l'étude du tableau clinique.

I. -- Les douleurs

Les douleurs constituent, pour tous les auteurs, l'élément fondamental du diagnostic clinique. Il est classique d'insister sur leur intensité, souvent extrême, sur leur netteté, leur horaire tardif, leur rythme.

*
* *

A) CARACTÈRES DE LA DOULEUR

Les caractères qualitatifs signalés sont toujours les mêmes : brûlures, crampes, torsion, transfixion, toutes manifestations explicitement définies par le malade en opposition avec les malaises plus ou moins indistincts du syndrome hyposthénique.

Les brûlures sont certainement les plus fréquentes des douleurs.

Parmi nos cent malades, on les retrouve dans quarante-cinq cas.

Par l'interrogatoire qui reste la base de tout examen clinique chez les digestifs, il convient de les distinguer du pyrosis banal. La confusion de ces deux symptômes est habituelle.

Elle rend délicate l'étude séméiologique et détermine certainement des divergences d'opinion sur la fréquence relative de ces deux symptômes.

Les brûlures de nos malades étaient des impressions variables, allant de la sensation de chaleur, de cuisson épigastrique jusqu'aux « coups de fer rouge ». Toutes ces sensations, à siège épigastrique, aux irradiations variables, restaient bien différentes de l'aigreur cuisante rétro-sternale remontant jusqu'à l'arrière-gorge qui caractérise le pyrosis.

Les crampes sont, à côté des brûlures, considérées comme des manifestations très fréquentes.

Nous ne les avons cependant notées que dans neuf cas.

Les malades les désignent sous ce vocable ou accusent les « torsions » avec parfois impression de tension, de compression de la base du thorax. Chez les dystoniques végétatifs peut parfois se surajouter un certain élément angineux.

Certains auteurs font de ces crampes un élément en faveur d'une localisation pylorique, avec spasme.

Nous n'avons pas été frappés par cette coïncidence. D'ailleurs, le petit nombre de ces manifestations comparé à la fréquence de la localisation juxta-pylorique de l'ulcération, fait justice de cette impression.

Quant aux *grands paroxysmes*, sensations de torsion intense, de déchirure, de broche transfixiante, ils ont été relevés chez quinze malades. Nous sommes très loin de la pro-

portion signalée par Garin et Bernay.

Ces auteurs, dans un article récent, disent les avoir notées dans un tiers de cas. Cette opposition est-elle due à une autre série de malades, à une interprétation différente ?

Nous ne saurions répondre à cette question, ni fixer quelle opinion est la plus conforme à la majorité des cas, d'autant qu'il est souvent délicat de distinguer une brûlure vive d'une sensation de broche transfixiante, de même que les différents degrés de torsions.

Il nous semble par contre, d'un certain intérêt, de totaliser la fréquence de ces types douloureux classiques et l'on peut conclure que sur cent cas, *soixante-neuf présentaient les qualités de douleurs données pour révélatrices par les auteurs classiques.*

Cette proportion relativement faible n'a rien qui doive apporter la conviction. La qualité, même classique de la douleur subjective ne paraît pas suffisante à *elle seule* pour orienter fermement un diagnostic.



En conséquence directe, *les douleurs atypiques sont d'une fréquence assez grande.*

C'est ainsi qu'un tiers des malades environ avaient des manifestations douloureuses dont les caractères n'attiraient pas l'attention — a priori — vers la possibilité d'une ulcération gastro-duodénale.

Dans ce groupe, trois malades accusaient des « coliques » abdominales, sans pouvoir préciser plus nettement ni la qualité, ni le siège du malaise.

Quatre autres se plaignaient de douleurs en « barre » sans le paroxysme net qui fait reconnaître les crampes. On les avait traités pour de « l'aérophagie » ou une « dilatation » de leur estomac survenant par intermittence.

Nous n'avons pas retrouvé notées dans nos observations des douleurs très anormales telles que celles signalées par Bouchart et Froment : pseudo-angineuses ou pseudo-appendiculaires.

Beaucoup plus gênants étaient les sept sujets qui n'accusaient que des pesanteurs, des lenteurs de digestion sans jamais ni paroxysme, ni crise suspecte et qui portaient un ulcus authentique.

Il en était de même pour les 17 où les troubles fonctionnels étaient si vagues, si flous, que le malade ne pouvait les désigner nettement sans que son psychisme ou son éducation soit toujours responsable de cette imprécision.

Cette proportion de 17 malades (1/6^e de cas) où, malgré un interrogatoire soigné, on ne retrouvait que ce caractère du syndrome hyposthénique banal, serait très gênante pour le diagnostic si l'horaire et le rythme évolutif n'étaient venus éclairer le problème clinique.

B) HORAIRE DE LA DOULEUR

L'horaire des douleurs ulcéreuses est classiquement tardif, c'est-à-dire que le trouble survient à la suite d'une phase de bien-être plus ou moins long, après les repas.

Pour la facilité de l'interprétation des faits que nous avons dépouillés, nous avons distingué des horaires *semi-tardifs* et des horaires *tardifs*.

Ce classement est forcément arbitraire, mais il permet une précision relative dans l'appréciation du calme *post-prandial* si caractéristique de la symptomatologie ulcéreuse.

Parmi les douleurs semi-tardives, nous grouperons celles qui surviennent entre une demi-heure et une heure et demie après les repas.

Nous en avons noté 18 sur nos 100 malades étudiés.

Il convient de souligner que ce type de douleur est bien différent tant par l'horaire que par les caractères des manifestations *gastralgiques de la gastrite éthylique*.

En effet, ainsi que récemment y insistaient Charles Jacquelin, Paul Chêne et A. Poirier, dans cette dernière affection, on rencontre souvent des brûlures, des crampes survenant entre un quart d'heure et trois quarts d'heure après la fin du repas, l'accalmie post-prandiale étant ici notablement moins longue.

Les douleurs tardives survenant de deux à quatre heures

après les repas, sont de beaucoup les plus fréquentes ; nous en avons relevé 64.

Ce fait est intéressant à souligner au passage.

Il ne semble pas, à la suite du dépouillement de nos observations, que telle ou telle localisation puisse déterminer un horaire plus ou moins tardif.

Dans ce groupe de douleurs franchement tardives, se trouvent des ulcères duodénaux et gastriques sans prédominance du siège.

En plus et à part ce groupe de douleurs tardives, à deux reprises seulement, nous avons trouvé la douleur à jeun, véritable faim douloureuse.

Il n'est pas sans intérêt de souligner cette rareté. Il semble, en effet, que la faim douloureuse n'ait rien de spécifique pour le diagnostic de l'ulcère.

On lui attribue cependant une valeur, en particulier pour la reconnaissance de la localisation duodénale.

Mais peut-être existe-t-il une confusion due au fait que la douleur ulcéreuse est soulagée par la prise des aliments, sans que l'impression de faim se manifeste impérieusement.

Par ailleurs, dans seize cas, les manifestations douloureuses survenaient sans horaire fixe, ce qui rendait le problème du diagnostic beaucoup plus délicat.

Il est à noter, heureusement, que ces cas n'étaient pas toujours ceux dont le rythme était le plus atypique.

Ainsi que nous l'avons déjà souligné, il ne nous a pas été possible de présenter, et encore moins de préciser, la localisation haute sur la petite courbure, ou franchement bulbair, sur le seul horaire de la douleur.

C) RYTHME DE LA DOULEUR

Le rythme, la périodicité douloureuse jouissent, à l'heure actuelle, d'une place prépondérante dans la séméiologie des ulcères gastro-duodénaux.

Il est indiscutable que la grosse majorité de nos malades (exactement 73) présentaient une évolution cyclique. A ce propos, nos résultats sont peu en rapport avec certaines des précisions classiques.

En effet, parmi ce groupe, la moitié seulement présentait des périodes douloureuses dépassant une semaine. Dans l'autre moitié, *les crises ne duraient que sept jours ou moins de sept jours.*

Certaines d'entre elles étaient même particulièrement courtes et fréquentes. Nous ne saurions trop insister sur le nombre de ces cas où les crises très brèves se répétaient à des intervalles rapprochés plusieurs fois dans le mois.

Vingt-et-une observations de ces malades précisent cette espèce de cycle précipité qu'il est souvent bien délicat de faire analyser par les sujets qui souffrent « tout le temps ».

Cette difficulté éprouvée à l'interrogatoire pour faire préciser aux malades des accalmies aussi courtes, rend très déli-

cate l'interprétation de ces faits et justifie le soin minutieux qui est recommandé dans ces genres d'interrogatoire.

D'autres auteurs, tels récemment : J. Ch. Roux et A. Girault, ont signalé, occasionnellement, des périodes ultra-courtes (un jour), mais il nous semble beaucoup plus important de souligner la fréquence, la répétition de ces « crisettes » de violence variable mais durant à peine quelques jours et se renouvelant plusieurs fois par mois.

Cette notion et la fréquence de cette anomalie ($1/4$ des cas) doit être retenue.

La longueur de la période critique est peu de chose en regard de l'intérêt que présentent les sédations intermédiaires.

Cinq observations rapportent des *douleurs continues* depuis plusieurs mois. Nous ne les signalons que pour mémoire : elles constituent une anomalie évolutive classique car ces malades avaient présenté, antérieurement, un cycle plus caractéristique.

Il est habituel d'invoquer, dans ces cas, le développement d'une péricarite. Celle-ci a été notée dans le protocole opératoire de ces cinq malades, mais une remarque s'impose qui enlève de la valeur à cette interprétation.

La péricarite a été signalée bien plus de cinq fois au cours des interventions.

.... Et ces malades n'avaient pas toujours une douleur continue ou même un fond douloureux permanent; certains

accusaient même une évolution nettement ondulante, avec accalmies complètes et indiscutables.

Peut-on invoquer alors, dans ces cinq cas de douleurs permanentes le développement d'une gastrite associée ou de ces cas rares de transformation ?

L'examen des pièces n'a malheureusement pas pu trancher dans ces cas précis. Il ne nous a pas semblé non plus par la seule évolution, qu'un doute puisse s'élever sur la vraie nature de l'ulcération.

Dans 22 cas, il n'y avait *pas de rythme*. Nous n'avons pas remarqué de concordance avec la périgastrite, ni qu'il s'agissait d'une localisation plutôt pylorique que duodénale.

Si l'on fait le point des caractères de ces douleurs, on constate que dans l'ensemble, les données classiques se trouvent vérifiées avec une marge d'environ un quart des cas pour les anomalies flagrantes :

- Douleur vraie et définie expressément par le malade ;
- Horaire comportant très souvent une accalmie importante après le repas : soit douleur tardive ou semi-tardive ;
- Crises douloureuses avec accalmies.

Cependant, sur ce dernier point, il convient de comprendre la « netteté » des périodes et d'en reviser un peu les limites. Il ne faut pas vouloir s'en tenir à une périodicité qui comporte *obligatoirement* des phases douloureuses assez longues. J. Ch. Roux et A. Girault ont, nous l'avons rappelé

plus haut, rapporté à la séance du 10 juillet 1933 de la Société de Gastro Entérologie de Paris, deux observations où la crise d'ulcus n'avait duré qu'un jour, faits qui s'ajoutent à ceux déjà connus.

Ces crises fréquentes et courtes se rencontrent assez souvent pour que les tableaux classiques doivent comporter quelques réserves dans ce sens.

Si nous insistons sur ce point de détail, c'est que tout récemment, Garin et Bernay, en reprenant les notions habituellement enseignées, insistent sur le fait que les phases douloureuses durent au moins trois semaines, souvent plus. Il est de même couramment admis que la périodicité de ces crises longues, comporte souvent un cycle saisonnier. Cette dernière évolution ne saurait être vérifiable que pour les phases douloureuses longues : un malade n'ayant eu mal que deux ou trois jours, ne s'en souvient plus de l'automne au printemps.

Quant à la localisation de la douleur spontanée, elle n'a, avons-nous vu, aucune espèce de valeur.

D) SIÈGE DE LA DOULEUR

Les localisations accusées spontanément par les malades sont généralement floues et, pour nous résumer, sans grand intérêt.

49 d'entr'eux situent leur douleur à l'épigastre, sans localisation plus précise.

34 étaient encore plus vagues dans leur appréciation, ne

pouvant situer exactement où ils avaient mal ; il s'agissait le plus souvent d'une douleur erratique de la base du thorax ou de l'abdomen.

9 malades accusaient des douleurs spontanées à droite de la ligne médiane. Cette topographie aurait pu être intéressante mais il ne s'agissait pas toujours d'ulcus duodénaux.

On ne saurait s'étonner de cette antinomie apparente. Les douleurs rénales sont parfois « croisées », les manifestations vésiculaires franchement localisées à gauche (F. Ramond et P. Chêne).

Beaucoup plus intéressante est la précision fournie par sept de nos malades qui situaient nettement à gauche leur point douloureux.

Tous étaient porteurs d'un ulcère de la petite courbure. Par contre, un malade présentant une douleur médiane avec irradiation à gauche était porteur d'un ulcus duodénal.

Par rapport à l'imprécision des autres localisations, cette particularité mérite tout de même d'être soulignée, sans en exagérer toutefois l'importance ; il fût relevé, en effet, 27 cas d'ulcus de la petite courbure, ce qui atténue sensiblement la valeur du signe.

II. — Les Vomissements

Sur la fréquence des vomissements et leur rapport avec le siège orificiel des lésions, les auteurs sont loin d'être d'accord.

Charles Jacquelin, dans un article clair et suggestif, a déjà insisté sur la fréquence des vomissements sans sténose et des sténoses sans vomissements. Bien que la plupart des auteurs spécialisés insistent comme Jacquelin sur les causes multiples, extra-gastriques et même extra-digestives du vomissement, le médecin ne peut s'empêcher, en présence de cet incident répété, de chercher à le rattacher à une lésion pylorique.

Grosso-modo, nous avons rencontré dans 52 de nos observations, des vomissements de tous types et, illustration formelle de l'avis émis par Ch. Jacquelin, *dans 11 cas seulement ils coexistaient avec une sténose pylorique ou médiogastrique*. Dans 41, l'ulcère n'avait déterminé aucune gêne de transit gastrique.

Ce point est d'un intérêt séméiologique essentiel, nous ne nous étendrons pas sur les hypothèses auxquelles son interprétation peut donner lieu,

Quant à *l'horaire* des vomissements, il est extrêmement variable. Dans certains cas même, il ne peut être retenu en raison de son caractère artificiel; puisque certains malades provoquent eux-mêmes leurs vomissements pour abrégér la crise douloureuse.

Un fait mérite cependant d'être précisé : *jamais ces vomissements ne survenaient le matin à jeun*, ils apparaissaient tous constamment dans une phase interprandiale ou postprandiale différant en cela des pituites et des vomissements d'origine extra-gastrique.

Ce caractère est d'importance, il est très certainement connu des gastro-entérologues, mais volontiers perdu de vue par le médecin non spécialisé. C'est pour cette raison qu'il nous semble utile de rappeler que dans sa thèse, Paul Chêne a souligné la fréquence du vomissement et même de la nausée matinale dans l'hypertension intracrânienne. L'opposition des deux caractéristiques symptomatiques mérite donc d'être soulignée.

Quant au vomissement muqueux matinal ou pituite, il est le propre de la gastrite ou dyspepsie éthylique, il existe de même dans certains retentissements biliaires, et participe peut-être de la même pathogénie. Nous ne l'avons qu'accessoirement trouvé associé, par intermittence à quelques observations d'ulcère.

En ce qui concerne la *qualité* de ces vomissements, dans trente cas, ils étaient alimentaires alors que dans ce groupe de

malades, onze seulement étaient porteurs d'une sténose pylorique.

Certains de ces vomissements alimentaires contenaient des aliments ingérés plusieurs jours avant.

Ce que nous avons dit plus haut ne saurait retirer aucune valeur à ce dernier caractère pathognomique. De tels faits sont d'ailleurs rares. Il faut donc, et malgré eux rester extrêmement circonspect pour l'interprétation du plus grand nombre des vomissements : ceux où ils ne sont qu'alimentaires ou muqueux, quelle que soit leur fréquence.

A côté de ces expulsions alimentaires, chez *douze autres malades, les vomissements étaient à la fois aqueux et interprandiaux*. Nous n'avons pas été particulièrement frappés par la saveur plus ou moins nette que les malades leur reconnaissaient.

L'existence de six cas de vomissements muqueux ne nous apparaît pas comme très significative. Il en est de même pour les quatre cas de vomissements bilieux. A propos de ce dernier point, un travail récent de M. Chiray montre ce qu'il faut retenir de la signification clinique des « crises bilieuses ».

Comme corollaire à ce développement sur la fréquence des vomissements dans les sténoses, nous soulignerons encore que 16 cas, sur les 27 observations de sténose pylorique que nous avons observées et vérifiées, soit *plus de la moitié*, n'avaient jamais présenté de vomissements. Ce point essen-

tiel est souligné récemment par Picard qui, à la fin, d'un court article très évocateur sur les formes anormales de l'ulcère de l'antra écrit: « Nous tirons notre conviction de la latence fréquente des ulcus de l'antra prépylorique qui, d'autre part, sont susceptibles d'emprunter une symptomatologie trompeuse ».

III. -- Les Hémorragies

Les hémorragies ont été notées chez 33 malades, parmi lesquels 17 n'étaient que des hématémèses, 16 des méloëna purs.

Sur ce nombre, 6 malades présentaient des hémorragies cliniquement mixtes : à la fois hématémèse et méloëna caractéristiques.

Ce total est assez significatif puisque sur nos 100 cas connus et vérifiés au hasard d'une documentation hospitalière, *un tiers a présenté des accidents hémorragiques certains.*

Nous avons été surpris par ce pourcentage qui ne répondait pas à notre impression initiale d'ensemble. Cette proportion se rapproche toutefois de celle que rapportent des auteurs américains et allemands tels que Bulmer, Rivers, Urban et Wilbur.

Mais une grande réserve doit être apportée à l'interprétation des faits qu'ils signalent et nous sommes de l'avis de Gutmann sur ce point, que trop souvent ces auteurs ont pu poser le diagnostic d'ulcération parce qu'il y avait hémorragie.

Mais, d'autre part, nous ne saurions souscrire absolument aux réserves expresses que Gutmann émet dans la thèse de son élève Demolle, quant à la fréquence des hémorragies au cours de l'ulcère.

Si nous ne croyons pas avec les auteurs américains que 78 ou 80 % des cas de gastroragie soient d'origine ulcéreuse, nous ne pensons pas non plus que la proportion des ulcères gastro-duodénaux parmi les différentes causes d'hématémèses fournie par Guttmann, corresponde à la réalité.

Cet auteur, en effet sur 68 hématémèses, ne trouve que 12 cas d'ulcères. Bien que le problème soit envisagé par lui sous un angle différent du nôtre, la valeur révélatrice de l'hémorragie semble être réduite à l'excès par les conclusions de Démolle.

Peut-être la divergence apparente est-elle due, d'une part, au point de vue sous lequel fût étudié le problème : Ces auteurs trient des hématémèses y trouvent fort peu d'ulcus. Nous analysons des observations d'ulcus, et découvrons beaucoup de saignements constatés cliniquement.

Peut-être cette opposition est-elle due aussi à la différence qui peut exister entre les groupes, les séries des malades étudiés.

Ceux de Gutmann-Démolle sont surtout des malades de consultation, les nôtres surtout des sujets hospitalisés dont les manifestations et l'évolution souvent plus graves ont justifié l'entrée dans le service.

IV. -- Autres Symptômes

L'étude minutieuse des observations cliniques ne nous a fourni aucune indication sur la valeur que pourraient présenter, pour le diagnostic, certains symptômes accessoires.

Pyrosis, nausées, ballonnements, lourdeurs se rencontrent, d'une façon banale et intermittente. Il en est de même du syndrome sympathique post-prandial, décrit par notre Maître M. Félix Ramond, si fréquemment en rapport avec la tachyphagie. Tous ces troubles quelle que soit leur intensité, n'ont jamais une importance qui leur fasse attribuer le premier rang.

De même, le syndrome hyposthénique précoce est signalé au complet dans un certain nombre d'observations. Tous les sujets en question présentent des tests manifestes de vago-tonie ou de sympathicotonie, à côté du tableau clinique de l'ulcère, dont l'évolution ondulante se détachait sur le fond de malaises permanents. Ce fait n'a rien pour surprendre, car les ulcéreux qui peuvent très bien présenter une dystonie végétative sans que celle-ci puisse être retenue comme élément constitutif du syndrome ou comme facteur étiologique de la maladie ulcéreuse.

D'ailleurs, la vagotonie que certains auteurs ont pu retenir comme « terrain » des ulcérations gastro-duodénales, n'a ni une fréquence, ni une constance qui puisse la faire retenir plutôt que la sympathicotonie.

Environ la moitié de nos observations a été étudiée sous cet angle et leur groupement dans les cadres de Eppinger et Hess est habituellement trop délicat pour autoriser un classement net et décisif.

TROISIÈME PARTIE

Examen physique

Dans l'immense majorité des cas, *il n'a fourni aucun renseignement.*

Souvent, il s'agissait de sujets amaigris, surtout chez les hommes. Le poids remontait habituellement entre les crises, mais — autant qu'on puisse apprécier en cette matière — la majorité de nos ulcéreux étaient maigres. Cette notion, toute d'interprétation, n'a rien d'absolu et récemment Savy rappelait très justement que l'aspect floride n'est pas rare chez les ulcéreux.

Nous n'avons retrouvé qu'une seule fois la classique tension intermittente de l'épigastre en cas de sténose, nous n'avons jamais constaté de mouvements anti-péristaltiques visibles à l'inspection.

A la palpation de l'abdomen, l'étude des points douloureux fut, dans la règle, décevante.

Le point épigastrique, banal, est relevé avec une fréquence extrême. Il en était de même du point xyphoïdien, quoique un peu moins souvent noté dans les observations.

A leur niveau, les battements épigastriques n'étaient pas rares : battements sans expansion, fréquents chez les dystoniques végétatifs, ulcéreux ou non. Cette constatation s'oppose avec l'avis de Oury et Cottet, qui veulent faire de ce symptôme l'apanage des anorganiques.

Quant aux points plus spéciaux : point para-ombilical gauche, ou de Mathieu, point duodénal (à droite), ils méritent toutefois d'être notés. Leur existence est assez significative, leur absence ne doit pas entraîner d'orientation particulière dans la mise en route des examens et épreuves qui conduiront au diagnostic.

Pour résumer la valeur de tous ces divers points douloureux, nous rappelons la fréquence de leur localisation :

à l'épigastre	49
à droite de la ligne médiane	9
à gauche de la ligne médiane	7
douleur médiane	1
sans précision	34

Ces constatations se superposent exactement, surtout pour les points spéciaux à gauche et à droite de la ligne médiane, avec les précisions déjà discutées aux douleurs fonctionnelles (*voir page 36*). La valeur de la localisation à gauche doit être retenue.

QUATRIÈME PARTIE

Valeur du chimisme gastrique

Toutes nos observations ne comportent pas l'étude du chimisme gastrique. Mais dans 79 cas, ce renseignement a été précisé. Ceux-ci ont été étudiés par les méthodes classiques du tubage à jeun et après repas d'épreuve.

Pour nombre d'entre elles (34), le tube de Faucher n'a rien retiré à jeun et c'est le seul chiffre après repas d'épreuve qui a servi de base à l'étude. Le repas ainsi absorbé était celui d'Ewald, la méthode de dosage celle de Linossier, tous les deux bien classiques pour qu'il soit utile d'y revenir.

Dans quelques cas (4) ont été adjoints, l'étude du pH gastrique, dont les résultats sont sensiblement les mêmes et sur lesquels nous ne nous étendrons pas, un travail antérieur du service de notre Maître, M. le Docteur Félix Ramond, faisant le point en la matière.

D'autres sujets ont fait partie de la série d'études sur le tubage fractionné, préconisé par notre Maître, M. le Docteur Félix Ramond. L'analyse des résultats, d'ailleurs voisins des autres, déborde du cadre de ce travail ; nous ne ferons que le

signaler au passage, renvoyant aux publications antérieures de cet auteur et de ses élèves, pour complément d'analyse.

Nous avons au total 57 cas d'hyperchlorhydrie sur 79 malades étudiés.

15 cas normaux, 7 hypochlorhydries.

Parmi les cas d'anachlorhydrie ou d'hypochlorhydrie, nous n'avons retenu que ceux, où cette déviation du chimisme était notée qu'après repas d'épreuve.

Dans quelques cas, le tubage à jeun avait ramené, cependant un liquide anachlorhydrique ou hypochlorhydrique, mais le repas d'épreuve était venu renseigner sur le véritable pouvoir sécréteur de la muqueuse gastrique.

Ces deux derniers groupes de faits constituent des exceptions que Timbal et Udaondo rattachent à des achylies congénitales. Cette hypothèse est facile, mais cependant ne vaut-il pas mieux craindre une transformation néoplasique ou une importante atteinte de gastrite péri ulcéreuse.

Plus le chimisme se rapproche de la normale ou tend vers l'achylie, plus il faut être prudent, c'est-à-dire conseiller l'exérèse.

Dans les cas d'hypochlorhydries qui peuvent être mis sur le compte de la gastrite atrophique très ancienne, il est toujours difficile de se prononcer sur l'ancienneté d'un ulcus, les tests anatomiques ou évolutifs restant d'une grande fragilité.

Même en tenant compte des statistiques où l'on consi-

dère l'hyperchlorhydrie plus fréquente chez les sujets normaux que ne l'admettent les classiques, la proportion que nous avons obtenue ne peut manquer d'être impressionnante.

Si on la compare aux chiffres qu'ont obtenus Berardier et les auteurs américains au cours des cholecystites vérifiées : 75 % d'hypochlorhydrie, et de ceux que nous avons obtenus pour les cas également contrôlés de néoplasmes, l'intérêt du chimisme pour le diagnostic n'est pas négligeable dans les cas hésitants, c'est-à-dire :

— ceux où la clinique ne répond pas au canon classique, et nous avons vu plus haut la fréquence des « nuances » atypiques ;

— ceux où, en dépit des qualités techniques du radiologiste, les clichés n'ont apporté que des renseignements incomplets.

Cette argumentation, empruntée à Ch. Jacquelin et P. Chêne, n'a pas la prétention de réhabiliter complètement le chimisme gastrique, comme le tenta récemment Bon, mais de diminuer un peu le dédain où le tiennent la plupart des auteurs modernes.

Les abus commis jadis à la suite de Germain Sée, qui prétendait classer les dyspepsies sur des bases purement chimiques, ne doivent cependant pas faire dénier toute la valeur au chimisme, en tant que symptôme qu'élément du faisceau diagnostique dans la reconnaissance des ulcus.

C'est à ce propos qu'il importe de s'élever une fois de

plus contre les *diagnostics cliniques* d'hyperchlorhydrie, encore actuellement posés en pratique médicale, sur les brûlures ou aigreurs avec une fréquence et une désinvolture vraiment curieuses. Pyrosis, brûlures vraies ne traduisent pas forcément un taux excessif d'acide chlorhydrique et se voient dans une foule d'états dyspeptiques.

Dans un travail récent, Henri Bon développe des idées voisines touchant l'absence de concordance entre le chimisme et la clinique. Cependant, il nous paraît vouloir attribuer une valeur un peu excessive au tubage gastrique qui, répétons-le, ne saurait rester autre chose qu'un élément *non négligeable* du faisceau diagnostique.

CINQUIÈME PARTIE

Radiologie

L'analyse des renseignements radiologiques de nos observations est intéressante, parce que certaines de ces observations sont antérieures à l'introduction en pratique médicale des radiographies en série.

Il est indiscutable que depuis 1927-28, l'usage raisonné de cette méthode a pu accroître à la fois le nombre des ulcères reconnus et la précision de leur localisation topographique.

Il n'est pas dans notre intention, ni dans le but de ce travail de discuter et de trancher des mérites respectifs de tel ou tel facteur du diagnostic radiologique, de telle ou telle technique. Seule nous intéresse la fréquence où le diagnostic de lésion et de siège fut posé avec exactitude.

Dans les cas très nombreux où, suivant l'habitude du service, les malades subissaient un examen radioscopique, puis graphique, *il est indiscutable que l'ulcus duodénal était expressément suspecté* — sinon vérifié — à l'écran, dans la majorité des cas.

- D'abord par les *signes indirects* gastriques : le syndrome de Barclay ou simplement l'hyperkinésie gastrique ;
- Aussi par l'*irrégularité bulbaire* perçue avant le contrôle décisif fourni par les clichés. L'insuffisance permanente du remplissage du bulbe, ses irrégularités de forme, les aspects diverticulaires, les taches résiduelles — même en station debout — apportent, dans bien des cas, une précision importante sur la topographie « segmentaire » de la lésion.

Dans quelques cas — ici toute proportion statistique ne saurait avoir de la valeur — alors que les signes fonctionnels et physiques faisaient pencher vers la possibilité d'un ulcus duodénal et commandaient la prise des clichés en série, ceux-ci, pratiqués d'emblée, ont révélé, à plusieurs reprises, une lésion de la petite courbure.

Il nous paraît donc indispensable de pratiquer un examen radioscopique minutieux avant la prise des clichés.

Il peut rester suffisant, dans tous les cas où il montre une sténose du pylore, une niche de la petite courbure, ou même un syndrome de Barclay et des déformations duodénales qui, associées à un syndrome clinique net, apportent déjà un diagnostic de sécurité.

Si une symptomatologie suspecte n'est pas éclairée par la radioscopie qui reste négative, et surtout lorsqu'il existe de

l'hyperkinésie en apparence essentielle, cette preuve d'une gêne ou d'une souffrance dans la zone de réaction pylorique, doit faire indiquer formellement les clichés en série. Ils gardent alors toute leur valeur. Ceux-ci servent donc non seulement à souligner la constance d'une déformation pré-pylorique, mais aussi au dépistage de l'ulcère duodénal.

SIXIÈME PARTIE

L'intervention

Le fait que nos malades ont été choisis parmi ceux dont les lésions ont été vérifiées opératoirement, empêche d'évaluer la proportion des cas hésitants ou de ceux pour lesquels il y a eu erreur dans la connaissance de l'ulcération.

L'opération était indiquée chez nos malades ; le diagnostic en était certain.

Il y a eu néanmoins — en tenant compte des observations antérieures à 1927 — 21 fois des surprises sur la situation présumée de l'ulcus.

Mais il faut noter que, quelquefois, le protocole opératoire donnait plus l'impression d'une surprise que d'une divergence véritable.

En effet, même dans les cas où nous n'avons pu étudier les pièces, nous avons cependant, par la connaissance des habitudes de certains opérateurs, dû établir une certaine réserve pour l'interprétation de certaines précisions anatomiques.

Parfois, en effet, étonnés par les données du protocole opératoire, nous avons demandé à l'opérateur des éclaircissements. C'est ainsi que nous avons appris que certains ulcus

notés comme pyloriques correspondaient, en réalité, au versant duodénal de ce segment, alors que dans d'autres cas, avec la même topographie, ils étaient consignés parmi les duodénaux.

Sans vouloir reprendre, sur des bases nouvelles, une vieille querelle historique, nous croyons cependant qu'une telle minutie ne doit pas être maintenue et que les médecins doivent se trouver satisfaits si, ayant diagnostiqué un ulcère duodénal, le chirurgien le trouve sur le versant correspondant du pylore, ou si, après avoir adressé à l'opérateur un *ulcus juxta-pylorique*, celui-ci signale que la lésion siège sur la petite courbure, dans le voisinage immédiat du pylore.

Quoiqu'il en soit, il ne faudrait pas que ces précisions soient interprétées comme des justifications de diagnostics hésitants.

Pour que la vérification opératoire conserve toute la valeur énorme qu'elle présente dans la connaissance de la gastro-entérologie, il nous a paru utile de souligner les points où il est utile que les médecins et les chirurgiens parlent le même langage.

Observations

Afin que le lecteur puisse facilement se reconnaître, nous avons décidé de grouper nos cent observations sous forme de tableaux.

Dans ces tableaux, nous avons résumé pour chaque malade, son histoire clinique, l'examen radiologique, l'examen chimique et le contrôle opératoire.

Nous estimons, qu'on pourra ainsi se rendre plus facilement compte de l'histoire de chaque malade et vérifier toutes nos statistiques, sans recouvrir pour cela à la fastidieuse lecture des observations.

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPERATOIRE
JAVEL 48 ans ♂ Date d'examen 1927	Douleurs tardives par crises courtes Amaigrissement Ex. phys. : Point épigastrique. et à gauche de l. m.	Aspect de sténose médio-gastrique	A jeun H = 0 C = — F = — AT = 0,36 Après repas H = 0,58 C = 0,95 F = 0,58 AT = 2,11	OBERLIN, chirurgien. Ulcus médio-gastrique de la petite courbure
JOLY 48 ans ♂ Date d'examen 1924	Douleurs tardives par crises rythmées Ex. phys. : Point douloureux sous-costal	Fixité duodéno-pylorique Bulbe très irrégulier et douloureux	A jeun H = 1,16 C = 0,36 F = 0,36 AT = 1,99 Après repas H = 2,40 C = 0,38 F = 0,50 AT = 3,28	ROBINEAU, chirurgien. Ulcus du bulbe Résection
BADET 54 ans ♂ Date d'examen 1924	Douleur une heure après les repas par crises de deux mois Hématémèses Ex. phys. : négatif.	Hyperkinésie Bulbe très irrégulier et douloureux	Après repas H = 1,09 C = 0,44 F = 0,80 AT = 2,33	GOSSET, chirurgien. Ulcus duodénal Sténose Gastro-entérostomie
VERDIER 34 ans ♂ Date d'examen 1923	Douleurs 2-3 heures après les repas 3 ou 4 jours par semaine vomissements Ex. phys. : négatif.	Hyperkinésie Hypersécrétion Douleur et spasme pylorique	A jeun H = 1,68 C = 0,44 98° = 3 HT = 2,48 Après repas H = 1,31 C = 0,59 F = 0,43 AT = 2,33	FRÉDET, chirurgien. Ulcus pylorique Sténose
HUARD 26 ans ♂ Date d'examen 1923	Douleurs deux heures après les repas Crises très rapprochées Hématémèses Ex. phys. : Point épigastrique peu net.	Rigidité de la petite courbure Bas-fond dilaté	Après repas H = 1,31 C = 0,59 F = 0,43 AT = 2,33	GOSSET, chirurgien. Ulcus de la face postérieure de la petite courbure
BAILLY 39 ans ♂ Date d'examen 1923	Crises douloureuses nettes Selles sanglantes Ex. phys. : Point épigastrique et sous-costal gauche	Niche de la petite courbure	Après repas H = 0,87 C = 1,02 F = 0,36 AT = 2,25	BAZY, chirurgien. Ulcus à 4 cm. sous le cardia très adhérent
PICON 56 ans ♀ Date d'examen 1923	Douleurs tardives Crises peu nettes Ex. phys. : Point douloureux net à droite de l. m.	Bilocation gastrique	Après repas H = 0 C = 0,74 F = 0,72 AT = 1,46	LEJARS, chirurgien. Bilocation ulcéreuse
STEBNER 50 ans ♂ Date d'examen 1922	Crises douloureuses tardives Périodes nettes Ex. phys. : claquage A jeun. Point xyphoïdien.	Sténose pylorique	Après repas H = 2,33 C = 0,72 F = 0,43 AT = 3,50	LEJARS, chirurgien. Ulcus du pylore Gastro-entérostomie
GERBE 46 ans ♂ Date d'examen 1922	Douleurs tardives Crises peu nettes Ex. phys. : négatif.	Sténose pylorique	A jeun H = 2,25 C = 0,36 F = 0,44 AT = 3,06 Après repas H = 0,79 C = 0,65 F = 0,43 AT = 1,84	GOSSET, chirurgien. Sténose ulcéreuse du pylore Gastro-entérostomie
DAMAS 44 ans ♂ Date d'examen 1931	Crises douloureuses nettes de 15 jours Accalmie de 3 mois Hématémèses Ex. phys. : Point douloureux para-ombilical	Niche de la petite courbure Sténose incomplète du pylore	Après repas H = 2,11 C = 1,46 F = 0,29 AT = 3,86	BRÉCHOT, chirurgien Ulcus de la petite courbure perforé

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPÉATOIRE
VALLAT 31 ans ♂ Date d'examen 1931	Crises cycliques typiques Examen physique : Négatif	Clichés en série : Niche de face de bulbe	Après repas H = 3,06 C = 0,87 F = 0,29 AJ = 4,23	TOUPET, <i>chirurgical</i> . Deux ulcus du bulbe Polya
MASSE 39 ans ♀ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques Examen physique : Point épigastrique et paraombilical	Syndrôme de Barclay Niche prépylorique discutée	Après repas H = 0,94 C = 0,73 F = 0,21 AT = 1,89	BAZY, <i>chirurgical</i> . Cicatrice étoilée du pylore Gastro-entérostomie
COURTIER 52 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques anciennes hématomés Examen physique : Point épigastrique et à droite d. l. m.	Cliché : Déformation de la région antrale faisant craindre un néo ou infiltration	A jeun H = 1,02 C = 0,24 F = 0,29 AT = 1,60 Après repas H = 1,09 C = 0,87 F = 0,36 AT = 2,33	DARFEUILLE, <i>chirurgical</i> . Ulcus calleux du pylore Gastro-entérostomie
GILLE 47 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques hématomés éthylisme Examen physique : Point épigastrique	Diverticule de la petite courbure Bas fond en cuvette	A jeun H = 0,36 C = 0,36 F = 0,36 AT = 1,09 Après repas H = 1,24 C = 0,80 F = 0,21 AT = 2,26	Gros ulcus de la petite courbure avec périudodénite Polya
RETIPAS 51 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques Examen physique : Vives douleurs épigastriques	Syndrôme de Barclay Bulbe douloureux Cliché : Niche de face	A jeun H = 0,80 C = 0,94 F = 0,36 AT = 2,11 Après repas H = 1,53 C = 0,80 F = 0,44 AT = 2,77	TOUPET, <i>chirurgical</i> . Ulcus de la face postérieure du pylore Polya-Mayo
BOTIFOULIER 29 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques Examen physique : Point épigastrique et à gauche d. l. m.	Bulbe irrégulier Cliché : idem	Après repas H = 1,60 C = 0,87 F = 0,29 AT = 2,77	BAZY, <i>chirurgical</i> . Cicatrice étoilée du bulbe Gastro-entérostomie
D'AGASTINO 31 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques Examen physique : Point douloureux paraombilical	Stase légère Bulbe mal injecté	A jeun H = 0 C = 0,43 F = 0,21 AT = 0,58 Après repas H = 1,16 C = 0,65 F = 0,29 AT = 2,40	DARFEUILLE, <i>chirurgical</i> . Ulcus de la face postérieure du pylore Gastrite Gastro-entérostomie
GOULARD 48 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques Vomissements Examen physique : Douleur localisée à la région pylorique	Sténose du pylore	A jeun H = 1,24 C = 0,43 F = 0,29 AT = 1,94 Après repas H = 2,04 C = — F = — AT = 3,80	BRECHOT, <i>chirurgical</i> . Perforation Ulcus calleux du duodénum Pyloro-duodénostomie
PARIS 34 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises de 3, 4 jours, acalemies égales, Vomissements et étylisme, tachyphagie Examen physique : Point épigastrique	Aspect pseudo-lacunaire de la grande courbure de l'antra	A jeun H = 0 C = 0,43 F = 0 AT = 0,43 Après repas H = 0 C = 0,73 F = 0 AT = 0,73	DAVIAUD <i>chirurgical</i> . bride couvrant pylore et D1, ulcus Gastro-entérostomie
LEFEVRE 34 ans ♀ Date d'examen 1927	Opérée à chaud d'appendicite Douleur tardive par crises de trois semaines Hématomés Ex. phys. : Point épigastrique.	Pas de signes nets d'ulcus	Après repas H = 0,58 C = 2,19 F = 0,36 AT = 3,13	BRECHOT, <i>chirurgical</i> . Cicatrice blanche de l'antra pylorique Gastro-entérostomie

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPERATOIRE
PINDINO 34 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises typiques rythmées Vomissements. Amaigrissements Ex. phys. : Point épigastrique et à gauche de l. m.	Diverticule de la petite courbure Rétention pylorique	Après repas H = 1,09 C = 0,73 F = 0,36 AT = 2,19	DARFEUILLE, chirurgien. Ulcus de la petite courbure Gastrectomie
MORET 62 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises typiques de 15 jours Hématémèses Ex. phys. : Point douloureux à gauche de l. m.	Pas de passage à l'examen radioscopique Cuvette Rétention pylorique	Après repas H = 1,75 C = 0,58 F = 0,29 AT = 2,02	DARFEUILLE, chirurgien. Ulcus du bord supérieur du pylore Gastro-entérostomie
ROBIER 29 ans ♂ Date d'examen 1931	Crises peu nettes à l'heure précoce Vomissements Ex. ph. négatif	Sténose incomplète du pylore	A jeun H = 1,16 C = 0,73 F = 0,21 AT = 2,11 Après repas H = 0,51 C = 0,43 F = 0,29 AT = 1,24	FREDET, chirurgien. Ulcus juxta-pylorique Gastro-entérostomie Ulcus peptique
SCHMILEVITCH 29 ans ♂ Date d'examen 1933	Crises typiques de 3 semaines Amaigrissements longues acalmies Ex. phys. : Point douloureux épigastrique	Résidu gastrique solide Cuvette classique Sténose incomplète	A jeun H = 2,35 C = 0,21 F = 0,36 AT = 3,13 Après repas H = 2,62 C = 0,43 F = 0,36 AT = 3,43	BAZY, chirurgien. Ulcère perforé bouché par la vésicule adhérente Gastro-entérostomie
GIRARDIN 28 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises typiques de 15 jours longues acalmies Ex. phys. : négatif.	Sténose du pylore tache sus-antrale	A jeun H = 2,04 C = 0,36 F = 0,36 AT = 2,477 Après repas H = 1,46 C = 0,73 F = 0,36 AT = 2,55	GOUDERNET chirurgien. Ulcus prépylorique Gastro-entérostomie
JACQUES 33 ans ♀ Date d'examen 1932	Ancienne gastroentérostomie pour ulcus pylorique typique revient pour les vomissements Ex. phys. : négatif.	Sténose complète du pylore	A jeun H = 1,31 C = 0,51 F = 0,29 AT = 2,11 Après repas H = 0,87 C = 0,65 F = 0,29 AT = 1,87	BRÉCHOT, chirurgien Gastro-pylorotomie
DELAHAYE 62 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises nettes typiques Douleurs tardives Ex. phys. : négatif.	Pas d'image douteuse d'ulcus bulbe irrégulier on pose le diagnostic Ulcère du tube	Après repas H = 2,19 C = 0,51 F = 0,36 AT = 3,06	BAZY, chirurgien. Ulcus perforé bouché de la petite courbure Gastrectomie
FARGES 55 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises nettes de 8 jours Accalmies de 2 à 5 mois Ex. phys. : douleurs nettes à droite de l. m.	Sténose pylorique Aspect transverse du pylore	A jeun H = 1,97 C = 0,43 F = 0,58 AT = 2,99 Après repas H = 1,29 C = 0,87 F = 0,43 AT = 2,55	BRÉCHOT, chirurgien Ulcus pylorique calcaux Gastro-entérostomie postérieure
HARMI 49 ans ♂ Date d'examen 1922	Douleurs tardives Crises courtes Syphilis Ex. Phys. : négatif.	Estomac en limaçon	A jeun H = 0,65 C = 1,02 F = 0,21 AT = 1,89 Après repas H = 1,46 C = 0,72 F = 0,65 AT = 2,84	GOSSET, chirurgien. Ulcère de la petite courbure adhérent gastro-entérostomie
COTTEREAU 43 ans ♀ Date d'examen 1921	Douleurs tardives Crises de 2-3 jours Ex. phys. : Point épigastrique xyphoïdien et vésiculaires	Bas-fond en cuvette Atonie Passage pylorique normal Radiographie : peu concluante	A jeun H = 0,72 C = — F = — AT = 0,95 Après repas H = 0,79 C = 0,80 F = 1,10 AT = 2,69	GOSSET, chirurgien Ulcère de la petite courbure Péricholecystite Pylorotomie

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPERATOIRE
LOEB 35 ans ♂ Date d'examen 1921	Crises douloureuses tardives Douleur transfixiante Amaigrissement Ex. phys. : Clapotage à jeun Point xyphoïdien et à gauche d. l. m.	Aspect de sténose pylorique Spasme du pylore	A jeun H = 0,43 C = 0,67 F = 0,36 AT = 1,46 Après repas H = 1,10 C = 0,73 F = 0,50 AT = 2,33	GOSSET, chirurgien Ulcère calleux de la petite courbure Sténose du pylore Gastro-entérostomie
BERLIZOT 44 ans ♀ Date d'examen 1920	Crises douloureuses tardives Vomissements Ex. phys. : négatif	Rectitude segmentaire Bulbe irrégulier	A jeun H = 1,16 C = 1,26 F = 0,50 AT = 2,84 Après repas H = 1,01 C = 0,72 F = 0 AT = 1,75	GOSSET, chirurgien Ulcus de la petite courbure Résection Gastro-entérostomie
NIQOUBERT 50 ans ♀ Date d'examen 1925	Crises douloureuses rythmées Vomissements Crises très rapprochées	Sténose du pylore	A jeun H = 0,87 C = 0,51 F = 0,50 AT = 1,89 Après repas H = 1,09 C = 0,59 F = 0,43 AT = 2,11	LAPORTE, chirurgien. Gros ulcus calleux sténosant du pylore
BARON 39 ans ♀ Date d'examen 1925	Depuis 9 ans, douleurs tardives rythmées Melaena	Syndrome de Barclay Bulbe très flou et douloureux	Après repas H = 0,36 C = 0,74 F = 0,36 AT = 1,46	LECÈNE, chirurgien. Ulcus du versant duodénal du pylore Gastro-entérostomie
BRULE 31 ans ♂ Date d'examen 1925	Crises douloureuses tardives de 15 jours	Cuvette de Sténose	A jeun H = 0,94 C = 0,30 F = 0,22 AT = 1,46 Après repas H = 0,94 C = 0,58 F = 0,37 AT = 1,80	LECÈNE, chirurgien. Sténose ulcéreuse du pylore Gastro-entérostomie
VALLEE 57 ans ♂ Date d'examen 1925	Crises peu nettes sans horaire	Cuvette de Sténose	A jeun H = 0,79 C = — F = — AT = 1,68 Après repas H = 0,73 C = 0,21 F = 0,22 AT = 1,16	PAUCHET, chirurgien. Ulcus du versant duodénal Gastrectomie
GINAULT 40 ans ♀ Date d'examen 1923	Depuis 3 ans Crises de 8 jours Douleurs tardives Sialhorée	Sténose incomplète du pylore	A jeun H = 2,33 C = 1,19 F = 0,29 AT = 3,79 Après repas H = 2,70 C = 1,02 F = 0,14 AT = 3,80	LAPORTE, chirurgien. Gastro-entérostomie Ulcus du pylore
ZUCOL 40 ans ♂ Date d'examen 1930	Brûlures une heure après les repas deux jours par semaine Vomissements alimentaires et acides Pas d'acalmies nettes	Cuvette de sténose	A jeun H = 1,09 C = 0,43 F = 0,36 AT = 1,89 Après repas H = 0,80 C = 0,87 F = 0,29 AT = 1,97	LAPORTE, chirurgien. Ulcus calleux de la petite courbure Gastrectomie
POUR 71 ans ♂ Date d'examen 1930	Depuis un an douleurs quatre heures après les repas avec vomissements durant 3-6 jours Accalmie 1-2 semaines Amaigrissement de 12 kilos	Diverticule à l'union des branches horizontale et verticale de la petite courbure	Après repas H = 0,36 C = 0,65 F = 0,21 AT = 1,24	LAPORTE, chirurgien. Ulcus de la petite courbure Gastroentérostomie
PATRON 33 ans ♂ Date d'examen 1930	Brûlures 2-3 heures après les repas Accalmies de trois mois Hématémèses	Pas de sténose Bulbe non déformé	Après repas H = 0,14 C = 0,58 F = 0,21 AT = 0,94	PAUCHET, chirurgien. Ulcus duodénal sténosant Ulcus de la petite courbure Polya

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPERATOIRE
MIGNARD 43 ans ♂ Date d'examen 1932	Douleurs cycliques tardives Gastro-entérostomie en 1930 Ex. phys.: Point épigastrique	Radiographie en série sans conclusion		Hôpital de la Pitié. Ulcus de la face antérieure de la première partie du Duodenum
MOLINIER 57 ans ♂ Date d'examen 1933	Douleurs sans horaire fixe hémathémèses Melæna Ex. phys.: Point épigastrique et paraombilical droit	Transit retardé Image de sténose avec abondant liquide de stase chute en flocons	A jeun H = 1,53 C = 0,51 F = 0,36 AT = 2,40 Après repas H = 0,43 C = 0,43 F = 0,29 AT = 1,16	GRÉGOIRE, chirurgien. Ulcus duodénal Gastro-entérostomie
DELOTGE 45 ans ♂ Date d'examen 1933	Douleurs tardives Vomissements Melæna Ex. phys.: Point épigastrique	Syndrôme de Barçlay avec bulbe peu douloureux Radiographie: Bulbe stasique en permanence sans certitude d'ulcus	A jeun H = 0,29 C = 0,21 F = 0,21 AT = 4,73 Après repas H = 1,67 C = 0,20 F = 0,94 AT = 2,92	BRÉCHOT, chirurgien. Ulcus au niveau de D 1 lésion d'antré pylorique Polya
PELLOUAZ 50 ans ♂ Date d'examen 1933	Douleurs tardives cycliques Ex. phys.: Point paraombilical gauche	Gros résidu solide et liquide chute en feuilles bas fond en cuvette aspect transverse du pylore Incisure sous-pylorique bulbe régulier	A jeun H = 1,24 C = 0,51 F = 0,36 AT = 2,11 Après repas H = 2,33 C = 1,02 F = 0,36 AT = 3,72	GRÉGOIRE, chirurgien. Ulcus calleux de la portion horizontale et droite de la petite courbure Gastro-entérostomie post. transmesocolique près du pylore
GALLET 54 ans ♂ Date d'examen 1933	Douleurs sans horaire fixe Vomissements Amaigrissement Ex. phys.: Gros foie	Résidu solide gastrique Cuvette de stase Pylore un peu marécageux avec début d'encoche	Après repas H = 0,58 C = 0,73 F = 0,58 AT = 1,89	GRÉGOIRE, chirurgien. Sténose pylorique serrée ulcus calleux probable Gastro-entérostomie transmesocolique près du pylore
RAMPANT 26 ans ♂ Date d'examen 1932	Douleurs tardives par crises Vomissements alimentaires Ex. phys.: Point épigastrique.	Déformation duodénale Stase dans D ² Chasse pylorique prématurée		DARFEUILLE, chirurgien. Ulcus du bulbe Gastro-entérostomie
KUNTZ 37 ans ♂ Date d'examen 1932	Crises cycliques typiques Douleurs violentes Melæna	Bulbe non injecté reste une petite tache suspendue	A jeun H = 1,38 C = 0,29 F = 0,21 AT = 1,89 Après repas H = 1,46 C = 0,87 F = 0,29 AT = 2,62	LEIBOVICI, chirurgien. Ulcus de la face antérieure du bulbe duodénal près du bord supérieur Gastro-entérostomie
GORSE 46 ans ♂ Date d'examen 1933	Crises cycliques typiques Ex. phys.: Point épigastrique.	Image typique de sténose Large cuvette Stase importante de tout le cadre duodénal	A jeun H = 1,82 C = 0,29 F = 0,29 AT = 2,40 Après repas H = 2,04 C = 0,73 F = 0,29 AT = 3,06	GRÉGOIRE, chirurgien. Ulcus du pylore Gastro-entérostomie
MERCIER 39 ans ♀ Date d'examen 1932	Opérée pour ulcus de la petite courbure par de Martel Brûlures, vomissements amaigrissement Douleurs sans horaire fixe	Estomac biloculaire Fonctionnement rapide et régulier	Après repas H = 0,21 C = 0,43 F = 0,21 AT = 0,87	DE MARTEL, chirurgien. Ulcus Gastrectomie
DUVIVIER 30 ans ♂ Date d'examen 1928	Crises cycliques typiques Douleurs tardives depuis 20 ans Ex. phys.: Point épigastrique et à droite de l. m.	Abondant liquide de sécrétion Chasse pylorique rapide Image permanente D1, D2, D3, D4. Dilatation du genu-inferius	A jeun H = 4,74 C = 0,51 F = 0,36 AT = 5,62 Après repas H = 4,38 C = 1,60 F = 0,29 AT = 6,27	DUBOIS-ROQUEBERT, chirurgien Sténose du pylore Gastro-entérostomie postérieure

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPERATEUR
LUREAU 37 ans ♂ Date d'examen 1933	Douleurs tardives par crises Vomissements Amaigrissement	Sténose du pylore		Hôpital Cochin Gros Ulcus occupant en avant la région juxta-pylorique du duodénum Gastro-entérostomie postérieure
BOULARD 17 ans ♂ Date d'examen 1930	Asthénie — Vomissements Pas de douleurs nettes Ex. phys. : négatif.	Bas-fond en ocarina. Pas de rétention Transit rapide		J. DUMAS, chirurgien. Perforation Ulcus pyloro-duodénal
CANU 34 ans ♂ Date d'examen 1932	Douleurs tardives Vomissements alimentaires Evolution périodique	Sténose pylorique certaine		BRAINE, chirurgien. Ulcus du pylore Gastro-entérostomie
PICHOUREN 44 ans ♂ Date d'examen 1932	Brûlures tardives Evolution par crises	Niche de la petite courbure		LATAIX, chirurgien. Ulcus de la petite courbure Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique
ROUSSEL 42 ans ♂ Date d'examen 1933	Depuis deux ans brûlures deux heures après les repas Vomissements aqueux Léger amaigrissement	Bulbe en trèfle avec deux zones striées Graphie en série Bulbe irrégulier mal rempli		Hôpital Cochin Ulcus de la face antérieure du D ₁ Duodénectomie avec résection des deux tiers
STOCK 75 ans ♂ Date d'examen 1931	Depuis six semaines Douleurs violentes 1 h. 1/2 heures après les repas Regurgitations acides Amaigrissement	Sténose pylorique		Hôpital Saint-Antoine Ulcus pylorique avec péricolécystite Gastro-entérostomie
HERRAUTZ ♂	Douleurs tardives par crises de 2-3 jours Alcalinie complète Vomissements Depuis un mois, douleurs continues	Aspect de pseudo-volvulus Estomac en escargot	Après repas H = 0,87 C = 1,53 F = 0,86 AT = 2,33	LECÈNE, chirurgien. Ulcus de la petite courbure avec mésentérite rétractile Gastrectomie
LANGA ♂	Pesanteur sans horaire fixe Coliques hépatiques	Pas de passage pylorique Examen couché Réplétion incomplète du bulbe La discrimination, pylore angie colique reste impossible		JOUBÉ, chirurgien. Ulcus pylorique sténosant Gastro-entérostomie sous anesthésie locale
LAVIGNE 60 ans ♂ Date d'examen 1932	Depuis 3-4 ans 2-3 heures après les repas Sensation des poids pendant 2-3 heures Période d'un à deux mois Vomissements bilieux	Ulcus duodénal		Ulcère annulaire du versant duodénal du pylore Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique
BERTIN 33 ans ♂ Date d'examen 1933	Depuis 15 ans, douleurs quotidiennes horaire habituellement tardif état général satisfaisant Ex. phys. : négatif.	Niche de la petite courbure Aspect irrégulier de la grande courbure		DARFEUILLE, chirurgien. Ulcère calleux de la petite courbure avec gastrite généralisée Pyloro-gastrectomie

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPERATOIRE
DUCHEMIN 64 ans ♀ Date d'examen 1933	Depuis 2-3 ans brûlures et douleurs vagues sans horaire fixe Régurgitations acides Vomissements alimentaires ou glaireux Anorexie	Perte de substance avec amputation de la région pylorique Cuvette incomplète	Après repas H = 0,29 C = 0,58 F = 0,29 AT = 1,16	Hôpital Cochin Ulcus du pylore avec sténose cicatricielle médogastrique Pyloro-gastrectomie
MEYER ♂ Date d'examen 1936	Depuis deux ans crises douloureuses de 15 jours survenant 4-5 heures après les repas Accalmie de plusieurs mois	Syndrome de Barclay le bulbe se dessine mal Il est impossible de le remplir		LAPORTE, chirurgien. Ulcus du bulbe Gastro-entérostomie
BOISSET 66 ans ♂ Date d'examen 1932	Depuis un an, nausées. Il y a cinq mois, brûlures avec pyrosis continuelles, survenant quatre heures après les repas et irradiant à gauche dans le dos Vomissements aqueux Amaigrissement	Graphie : Niche de la petite courbure Spasme très accusé biloculation		BAZY, chirurgien. Ulcus très haut de la petite courbure adhérant au pancréas Gastrectomie
FRIDMAN ♂ 49 ans Date d'examen 1932	Depuis 1918, brûlures calmées par les repas, survenant sans horaire fixe, siégeant à 4 cm. de l'ombilic, irradiant à gauche en ceinture. Accalmies floues. Constipation	Estomac en N, canal pylorique décentré Sténose médiobulbaire Le bulbe se remplit deux fois régulièrement		BAZY, chirurgien. Ulcus à l'union de la première et la deuxième portion du duodénum Gastrectomie
CHEVALIER 39 ans ♂ Date d'examen 1932	Douleurs épigastriques et abdominales souvent la nuit, survenant tardivement Crises de 2-4 jours Vomissements alimentaires Amaigrissement	Sténose incomplète du pylore Niche sur le canal pylorique		BAZY, chirurgien. Ulcus cicatriciel du pylore Pas de sténose Gastrectomie
PRELOT 31 ans ♀ Date d'examen 1928	Douleur peu intense sans horaire ni rythme	Bulbe déformé et douloureux	Après repas H = 1,38 C = 1,46 F = 0,43 AT = 3,28	LAPORTE, chirurgien. Ulcus duodénal Périodénite Gastro-entérostomie
BOFFEL 33 ans ♂ Date d'examen 1928	Douleurs tardives par crises de cinq jours	Pas de passage pylorique Cuvette	A jeun H = 3,35 C = 1,09 F = 0,29 AT = 4,74 Après repas H = 3,79 C = 1,27 F = 0,21 AT = 5,29	FREDET, chirurgien. Ulcus Gastro-entérostomie
BONNARD 52 ans ♂ Date d'examen 1928	Pendant douze ans douleurs tardives par crises de trois semaines	Bulbe déformé et douloureux	Après repas H = 1,38 C = 0,84 F = 0,14 AT = 2,40	FREDET, chirurgien. Ulcus pylorique Gastro-entérostomie
DUFOY 46 ans ♂ Date d'examen 1928	Crises douloureuses tardives Depuis quelque temps douleur continue	Cuvette de sténose	A jeun H = 1,46 C = — F = — AT = 2,04 Après repas H = 1,46 C = 0,80 F = 0,21 AT = 2,48	FREDET, chirurgien. Ulcus sténosant du bord supérieur du pylore Gastro-entérostomie
MOREL 33 ans ♂ Date d'examen 1928	Douleurs tardives sans rythme Examen phys. Vésicule douloureuse	Bulbe irrégulier et sensible Vésicule douloureuse	Après repas H = 1,97 C = 1,53 F = 0,36 AT = 3,86	FREDET, chirurgien. Cicatrice d'ulcus au niveau du bulbe Adhérences Gastro-entérostomie

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPÉRATEUR
MERCIER 29 ans ♂ Date d'examen 1928	Crises douloureuses rythmées 1 heure et demi après les repas Hématémèses	Bulbe déformé et douloureux	A jeun H = 0,21 C = 0,29 F = 0,81 AT = 0,73 Après repas H = 1,89 C = — F = — AT = 2,71	BROCO, <i>chirurgien</i> . Ulcus cicatriciel du versant duodénal du pylore Gastro-entérostomie
SALINET 32 ans ♂ Date d'examen 1928	Crises typiques de 15 jours douloureux tardives	Bulbe déformé	Après repas H = 1,53 C = 0,94 F = 0,36 AT = 2,84	MOULONGUET <i>chirurgien</i> . Ulcus de la première portion du duodénum à 2 cm. du pylore
MADERA 49 ans ♂ Date d'examen 1928	1913 Coliques hépatiques avec ictere Actuellement douleurs permanentes avec de vomissements	Spasme du pylore tendance à la cuvette Radiographie : la vésicule mal infectée	A jeun H = 1,60 C = 0,36 F = 0,21 AT = 2,19 Après repas H = 1,67 C = 0,73 F = 0,21 AT = 2,62	FREDET, <i>chirurgien</i> . Ulcus ancien du pylore Gastro-entérostomie
LEGRAND 48 ans ♂ Date d'examen 1931	Douleurs semi-tardives non rythmées Hématémèses	Niche de Haudeck	Après repas H = 1,16 C = 1,10 F = 0,36 AT = 2,62	DARFEUILLE, <i>chirurgien</i> . Ulcus de la petite courbure Polya
BICOT 41 ans ♂ Date d'examen 1932	Depuis 18 ans, crampes une demi heure après les repas en demi-ceinture Crises de 2-3 jours Actuellement les crises sont plus fréquentes et plus longues	Hyperkinésie Aspect suspect de niche du canal pylorique Bulbe mal rempli		BAZY, <i>chirurgien</i> . Ulcus du pylore Gastrectomie
DARIE 57 ans ♂ Date d'examen 1932	Depuis 4 mois brûlures très vives survenant une demi heure après les repas Anorexie	Ulcus non visible Déformation prépylorique faisant penser à un cancer		BAZY, <i>chirurgien</i> . Ulcus de la partie moyenne de la petite courbure Gastrectomie Histologie : Ulcus
MILOT 63 ans ♀ Date d'examen 1932	Depuis deux ans, brûlures épigastriques irradiant dans le dos survenant 1 h. après les repas Pas de rythme	Graphie : Irrégularité de la grande courbure près du pylore Diagnostic du cancer	Après repas H = 0 C = 0,21 F = 0,21 AT = 0,43	BAZY, <i>chirurgien</i> . Une étoile cicatricielle sur la face antérieure de l'antrum pylorique Gastrectomie Hist. : Pas de lésions cancéreuses
STURTEISEN 38 ans ♂ Date d'examen 1932	Brûlures et crampes survenant 3 heures après repas par crises 2 hématémèses Vomissements alimentaires Maigrissement	Graphie : Ulcus du bulbe pas de gêne pylorique		BAZY, <i>chirurgien</i> . Ulcus du bulbe près du pylore Gastrectomie
GOUGET 58 ans ♀ Date d'examen 1932	Depuis 7 ans, crises douloureuses 5-6 heures après les repas Vomissements en dehors des crises Mélena	Graphie : Niche diverticulaire sur la grande courbure Près du sommet du bulbe		BAZY, <i>chirurgien</i> . Ulcus du bulbe avec périduodénite Gastrectomie
CREMOISE 33 ans ♂ Date d'examen 1932	Depuis dix ans brûlures et faim douloureuse 4-5 heures après les repas réveillant la nuit, et évoluant par crises Mélena. Analgésie.	Sténose médiobulbaire permanente Pas de gêne du pylore		BAZY, <i>chirurgien</i> . Petit ulcus sur le versant duodénal du pylore Gastrectomie

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPERATOIRE
LALLEMAND 44 ans Date d'examen 1930	Douleurs tardives par crises nettes	Niche de Haudeck Sténose incomplète du pylore	A jeun H = 0,21 C = 0,80 F = 0,21 AT = 1,24 Après repas H = 0,80 C = 1,09 F = 0,36 AT = 2,26	LAPOINTE, chirurgien. Ulcus de la petite courbure
BARTHELEMY 40 ans Date d'examen 1936	Début brusque par des douleurs tardives Crises peu nettes Accalmie nette	Image diverticulaire au niveau de la petite courbure	Après repas H = 0,51 C = 1,36 F = 0,91 AT = 2,19	LAPOINTE chirurgien. Ulcus de la petite courbure Résection
VERDEL Date d'examen 1930	Douleurs tardives par crises Accalmie nette Hématémèses	Bulbe très déformé Incisure permanente	Après repas H = 0 C = 0,21 F = 0,14 AT = 0,30	GATELLIER, chirurgien. Ulcus de la petite courbure haut situé Gastro-entérostomie
POLI 63 ans Date d'examen 1929	Douleurs tardives Crises peu nettes	Syndrôme de Barclay Bulbe ulcéreux typique		FREDET, chirurgien. Ulcus duodénal Gastro-entérostomie
BOUVET 39 ans Date d'examen 1929	Crampes irradiantes dans le dos quatre heures après le repas Vomissements Crises peu nettes	Sténose incomplète du pylore	A jeun H = 0,94 C = 0,73 F = 0,36 AT = 2,04 Après repas H = 0,36 C = 0,94 F = 0,21 AT = 1,53	LAPOINTE, chirurgien. Cicatrice bulbaire Gastro-entérostomie
RONART 68 ans Date d'examen 1933 1929	Douleurs tardives Rythme peu net Amaigrissement	Sténose du pylore	A jeun H = 0,80 C = 0,94 F = 0,36 AT = 2,11 Après repas H = 0,51 C = 0,65 F = 0,36 AT = 1,53	LAPOINTE, chirurgien. Ulcus du pylore Gastro-entérostomie
ACLOQUE 23 ans Date d'examen 1929	Douleurs tardives Vomissements cédant au traitement 18 mois d'accalmie Crises assez nettes	Sténose du pylore	A jeun H = 1,89 C = 0,36 F = 0,21 AT = 2,48 Après repas H = 1,89 C = 0,87 F = 0,29 AT = 3,06	LAPOINTE chirurgien. Ulcus du pylore Gastroentérostomie
DORMET 33 ans Date d'examen 1931	Douleurs tardives Crises rythmées Vomissements	2 ^{de} Diverticule du versant postérieur de la petite courbure	A jeun H = 0,20 C = 0,36 F = 0,36 AT = 1,02 Après repas H = 1,02 C = 1,31 F = 0,29 AT = 2,02	LAPOINTE chirurgien. Ulcus de la petite courbure Polya
MEYER 34 ans Date d'examen 1931	Douleurs tardives par crises nettes Vomissements	Hypersécrétion Bulbe irrégulier	Après repas H = 0,84 C = 2,26 F = 0,43 AT = 3,57	LAPOINTE chirurgien. Grosse cicatrice d'ulcère du pylore chevauchant sur le duodénum Gastro-entérostomie
MARECHAL 26 ans Date d'examen 1931	Crises de douleurs et d'intolérance gastrique allant de 30 heures à 12 jours Accalmie de 12-15 jours	Sténose. Cuvette.	A jeun H = 1,75 C = 0,73 F = 0,73 AT = 2,82 Après repas H = 0,80 C = 0,58 F = 0,23 AT = 1,67	LAPOINTE chirurgien. Ulcus du bord supérieur du bulbe Gastro-entérostomie

NOM	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN RADIOLOGIQUE	EXAMEN CHIMIQUE	CONTROLE OPÉATOIRE
PROST 43 ans ♂ Date d'examen 1931	Crises nettes de douleurs tardives	Sténose incomplète du pylore	A jeun H = 1,53 C = 0,51 F = 0,43 AT = 2,48 Après repas H = 1,38 C = 1,09 F = 0,29 AT = 2,77	LAPORTE chirurgien. Ulcus du bulbe Grosse périduodénite
SCHERER 71 ans ♂ Date d'examen 1931	Depuis 37 ans Crises douloureuses tardives	Sténose médio-gastrique	Après repas H = 1,02 C = 0,29 F = 0,29 AT = 1,60	LAPORTE chirurgien. Ulcus médio-gastrique Pyloro-gastrectomie
MARTINIER 36 ans ♂ Date d'examen 1930	En 1929, gastro-entérostomie par Fredet Un an après les troubles réapparaissent	Sténose du pylore	A jeun H = 1,82 C = 0,29 F = 0,36 AT = 2,43 Après repas H = 0,87 C = 0,73 F = 0,29 AT = 1,89	FREDET, chirurgien. "Reliquat d'ulcus Re-gastro-entérostomie
RICHARD 52 ans ♂ Date d'examen 1930	Douleurs 1 h. 1-2 heures après les repas par crises de 15 jours Hématémèses	Diverticule de la petite courbure	A jeun H = 1,02 C = 0,35 F = 0,29 AT = 1,67 Après repas H = 2,11 C = 0,80 F = 0,21 AT = 3,13	LAPORTE, chirurgien. Ulcus de la face postérieure de la petite courbure Polya
FREVILLE 48 ans ♂ Date d'examen 1930	Brûlures 1-2 heures après les repas deux crises par an	Sténose incomplète du pylore Aspect pseudo-lacunaire	Après repas H = 1,02 C = 0,65 F = 0,29 AT = 1,89	LAPORTE, chirurgien. Ulcus du pylore Gastro-entérostomie
LAGARD 42 ans ♂ Date d'examen 1930	Pesanteurs immédiates après les repas Crises de 5-6 jours puis quelques douleurs tardives	Spasme du pylore Graphie en série Sans conclusion	Après repas H = 1,75 C = 0,94 F = 0,36 AT = 3,06	DESPLAS, chirurgien. Ulcus duodénal
DUMAY 24 ans ♂ Date d'examen 1929	Douleurs 3 heures après les repas Vomissements Accalmie durant 1 an	Sténose du pylore Amélioration par atropine	A jeun H = 1,16 C = 0,36 F = 0,29 AT = 1,82 Après repas H = 1,24 C = 0,43 F = 0,80 AT = 2,48	LAPORTE, chirurgien. Cicatrice d'ulcus de pylore Gastro-entérostomie
BOISSON 39 ans ♀ Date d'examen 1929	Vomissements alimentaires 4-5 heures après les repas d'abord longtemps espacés maintenant quotidiens pas de douleurs vraies	Sténose du pylore	A jeun H = 1,46 C = 0,73 F = 0,36 AT = 2,55 Après repas H = 2,11 C = 0,65 F = 0,29 AT = 3,06	LAPORTE, chirurgien. Ulcus calleux du pylore Gastro-entérostomie
HOLLAND 35 ans ♂ Date d'examen 1929	Opéré en 1921 pour ulcus duodénal continu à souffrir pas de signes d'ulcus peptique	Syndrôme de Barclay	Après repas H = 1,16 C = 1,24 F = 0,29 AT = 2,70	GAUSSET, chirurgien Ulcus duodénal net Gastro-entérostomie
SCHUMACHER 56 ans ♂ Date d'examen 1929	Douleurs tardives rythmées 3-4 jours par semaine Amaigrissement	Sténose du pylore	Après repas H = 0,58 C = 0,94 F = 0,36 AT = 1,89	BRAINN, chirurgien. Cicatrice étolée sur le pylore Sténose Gastro-entérostomie

Conclusions

- I. — L'étude analytique de cent cas d'ulcus vérifiés ne nous a pas permis, par la seule clinique, de distinguer et encore moins d'opposer les localisations gastriques ou duodénales.
- II. — L'ulcère gastro-duodéal est une maladie à éclipses, où les accalmies constituent un élément fondamental pour le diagnostic.
- III. — Les crises sont souvent plus courtes qu'on ne le signale classiquement.
- IV. — Les vomissements, quelle que soit leur nature, ne sont pas forcément sous la dépendance d'une localisation pylorique.
- V. — Les accidents hémorragiques ont été notés avec une fréquence qui ne doit pas être négligée.
- VI. — Les symptômes fonctionnels et les signes physiques observés sont dans la majorité des cas (70 cas), susceptibles de faire poser directement le diagnostic d'ulcère gastro-duodéal basé sur le caractère, l'horaire tardif,

la périodicité des douleurs. Ils peuvent suffire en dépit de l'absence ou de l'insuffisance des renseignements radiologiques.

VII. — Par contre, pour le reste des cas, radiologie et chimisme sont les compléments indispensables sans négliger l'un ou l'autre.

VIII. — Ni par la clinique, ni par le chimisme en dehors de la stase à jeun, il n'est possible de s'orienter vers telle ou telle localisation de l'ulcération, même quelques fois lorsqu'elle détermine une sténose du pylore. Ce diagnostic topographique doit être demandé à la radiologie.

IX. — Les surprises opératoires touchant à la localisation de la lésion sont, pour la grande majorité, antérieures à l'introduction de la technique des radios en série.

Vu, le Doyen :

ROUSSY

Vu, le Président :

BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- ALBERTI W. — Uber den röntgenologixtren Nachweis von Varizen in Ulcus duodeni (Fortschr. a. d. Gebr. d. Röntgenstr. Jan. 1931).
- ARMSTRONG G.-E. — Gastric hemorrhage (*Surg. Gyn. Obst.*, Avril 1932).
- BON Henri. — L'emploi clinique du Chimisme gastrique après repas, d'Ewald. Editeur Maloine, 1932.
- BEHREND M. — The incidence of hemorrhage in perforated gastric and duodenal ulcers (*J. Am. Med. Ass.* 1930).
- BOUCHUT L. et FROMENT R. — Quelques formes douloureuses atypiques de l'ulcère gastro-duodenal (*Arch. Mal. App Digestives et de la Nutrition*, Avril 1932).
- BUCQUOY. — Ulcère simple du duodenum (*Arch. de Méd.*, Avril, Mai, Juin 1887).
- BEZANÇON, LABBE, BERNARD, SICARD. — Précis de pathologie médicale, Tome VI (Masson, éditeur, 1927).
- P. CARNOT, P. HARVIER et P. MATHIEU. — Les ulcères digestifs (Baillière, édit.).
- CARRIE P.-A. — Réflexions sur le diagnostic de l'ulcère du

- duodenum (*Revue Critique de Pathologie et de Thérapeutique*).
- CASTAIGNE. — Formes hémorragiques larvées de l'ulcère duodenal (*La Clinique*, 13 Juillet 1913).
- CHEVEY W.-F. — Valeur séméiologique des hématémèses (*Am. J. of Med. Sci.*, Avril 1909).
- CHIRAY M. et AMY P. — Hémorragies gastro-duodénales mal connues (*Presse Médicale*, 9 Juillet 1930).
- COLLIN. — Ulcère simple du duodenum (*Thèse de Paris*, 1894).
- CONGRÈS DE CHIRURGIE 1933. — Rapport (Alcan, édit.).
- DAWSON B. — Diagnosis of gastric ulcer (*Brit. Med. J.*, 21 Octobre 1905).
- DEADER. — Hémorragies gastriques (*Surg. gynec. obst.* XIII, 1914).
- DEBOVE et RÉMOND. — Traité des maladies de l'estomac (Vigot, éditeur, 1898).
- DELORT. — Que doit-on opérer et quand doit-on opérer en gastro-entérologie (Maloine, éditeur, 1923).
- DELORT et LUQUET. — Hémorragies digestives à répétition (*Arch. Mal. app. dig.* 1925).
- DELORT Maurice. — Dix diagnostics exacts et dix diagnostics inexacts à propos d'ulcères de l'estomac et du duodenum (*Arch. Hospitalières*, 1933, p. 145).
- DEMOLLE Michel. — Contribution à l'étude de l'origine des hématémèses (*Thèse de Paris*, 1931).

- DIEULAFOY. — Perforation de l'ulcère simple du duodenum (Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897, 12^e leçon).
- DIEULAFOY. — L'exulceratio simplex (Leç. cli. de l'Hôtel-Dieu, 1898).
- DUBOS. — Hémorragie gastro-intestinale sans ulcération (*Thèse de Paris*, 1928).
- DUMONT A. — Les frontières de l'examen radiographique des ulcères gastriques et des ulcères duodénaux (*Le Scalpel*, n° 25, 24 Juin 1933, d'après une communication faite à la Société clinique des hôpitaux de Bruxelles).
- DURAND H. et LUTIER. — Diagnostic précoce de l'ulcère de l'estomac (*Le Bulletin Médical*, 1922).
- DUVAL, ROUX, etc. — Discussion sur les hémorragies du tube digestif (*Arch. Mal. Dig.* 1924).
- ENRIQUEZ, LAFFITE, LAUBRY, VINCENT. — *Nouveau Traité de pathologie interne*, Tome I (Doin, édit., 1930).
- ENRIQUEZ E. et DURAND G. — Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodenum (Communication au XVI^e Congrès français de Médecine, Paris, 12 Octobre 1922).
- ENRIQUEZ E. et DURAND G. — Maladies de l'estomac (*Nouveau Traité de Pathologie interne*, 1932).
- FRANÇOIS A.-G. — Les hémorragies aiguës de l'estomac et du duodénum (*Thèse Bordeaux*, 1927).

- GAULTIER. -- Les dyspepsies et leur traitement (Maloine, édit. 1926).
- GATELIER, VAUTIER, PORCHER. — *Radiologie clinique du tube digestif*, Tome II (Masson, édit., 1930).
- GARIN Ch. et BERNAY P. — La douleur chez les ulcéreux (*Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 Août 1933).
- GILBERT et CARNOT. — *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*, Fasc. 16 et 17 (J. B. B., édit., 1913 et 1929).
- GUTMANN R. — Syndrômes douloureux de la région épigastrique (2 vol., Doin, Paris, 1934).
- GUTMANN R.-A. et DEMOLLE J. — Sur l'origine des hématémèses (*Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 9 Mai 1932).
- GUTMANN R.-A. — Ulcère duodenal ou ulcère duodeno-pylorique (*Bul. de la Soc. Méd. Hôp. Paris*, 16 Mars 1931).
- HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac et du duodenum (Maloine, édit., 1928).
- HAYEM G. et LION G. — Maladies de l'estomac. Vol. 16 du *Traité de Méd. et de Thérap.* (Baillière, Paris, 1913).
- HAYEM G. — Etude anatomique et pathogénique des ulcérations de l'estomac (*Arch. Mal. digest.*, Juillet 1911).
- JACQUELIN Ch. — Intolérance gastrique sans sténose du pylore et sténoses du pylore sans vomissements (*Gazette Médicale de France*, n° 5, 1^{er} Mars 1930).

- JACQUELIN Ch. et CHÈNE P. — Difficultés et incertitude du diagnostic d'ulcère duodenal (*Presse Médicale*, 18 Mars 1933).
- JACQUELIN Ch., CHÈNE P. et POIRIER A. — Gastrite et dyspepsie éthylique (*Gazette Médicale de France*, n° 23, 15 Décembre 1932).
- JEANNENEY G. — Rôle de l'infection dans les hémorragies des ulcères gastriques (*Arch. Mal. App. Digest.*, Juin 1929).
- JUDINE. — Ulcères perforés de l'estomac et du duodenum (*Journ. Chir.*, 1931, T. 38, Août).
- LARIMORE J.-W. — Duodenal and gastric ulcer. Cholecystitis and appendicitis. A considération on their pathological relations (*Surg. Gyn. Obst.*, Janvier 1930).
- LÆPER. — Leçon de pathologie digestive (Masson, édit., 1926).
- LE NOIR et AGASSE LAFONT. — Article ulcère de l'estomac *Roger Teissier-Widal*, fasc. XIII et XIV (Masson, édit., 1926).
- LE NOIR et AGASSE LAFONT. — Traitement de l'ulcère de Cruveilhier non compliqué (*Le Buletin Médical*, 1922).
- LE VEN. — La dyspepsie (Doin, édit., 1921).
- LION, KUMMER, FAROY. — Discussion sur les hémorragies digestives (*Arch. Mal. app. dig.*, 1924).

- René MAUVAIS. — Les hémorragies gastro-intestinales au cours de la lithiase biliaire (*Thèse de Paris*, 1929).
- MATHIEU A. et ROUX J.-Ch. — Des hématémèses hystériques (*Gaz. Hôp.*, 24 Avril 1906).
- MILLER Ch. — 151 cas d'hématémèses (*Pensylvan. Méd. J.* Janvier 1929).
- MORICHEAU. BEAUCHAMP. — L'exploration de l'estomac et du duodenum (Doin, édit., 1930).
- MOYNIHAN, BERKELEY. — L'ulcère gastrique et duodénal (Editeur Doin, 1924).
- ÆTTINGER. — Séméiologie de l'ulcus duodénal (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1911).
- PALIER E. — Sur le diagnostic différentiel entre la gastrite érosive sanguinolente, les simples ulcérations et l'ulcère vrai de l'estomac (*Mull. Méd.*, 2 Décembre 1922).
- PAUCHET, LUQUET-HIRCHBERG. — Ulcères de l'estomac et du duodenum (Doin, édit., 1929).
- PAUCHET et THIERRY. — La gastro-entérostomie (Doin, édit., 1926).
- PAUCHET. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac (Maloine, édit., 1919).
- PICARD. — Quelques formes anormales de l'ulcère de l'antrum prépylorique (*La Science Médicale Pratique*, 15 Février 1933).

PAVIOT, LUQUET G. et HIRSCHBERG A. — Ulcère de l'estomac et du duodenum (*Paris*, 1929, chap. XII).

RAMOND Félix. — Les maladies de l'estomac et du duodenum (Masson, édit., 1927).

RAMOND Félix et CHÈNE Paul. — L'ulcère chronique de l'estomac d'origine traumatique (*Presse Médicale*, n° 29, du 9 Avril 1932).

RAMOND Félix et CHÈNE Paul. — Du facteur « hypertrophie musculaire » dans les sténoses du pylore (*Gazette Médicale de France, Cahiers de gastro-entérologie*, n° 6, 1^{er} Juin 1933).

RAMOND Félix et JACQUELIN Ch. — Radiologie de l'estomac et du duodenum (Maloine, édit., 1930).

RAMOND F., JACQUELIN et CHÈNE P. — Hémorragies digestives solitaires sans ulcus (*Soc. Gastro Ent.*, 7 Juillet 1930, in *Arch. Mal. App. Digest.*, 1930, n° 8).

RIVERS. — Lésions focales hémorragiques gastr. et duod. (*Arch. of Int. Méd.*, Avril 1927).

SALUZ, CRAMER et MOPPERT. — Eléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodenum (Communication du XVI Congrès français de Médecine, Paris, 12 Octobre 1922).

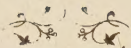
SAVARIAUD M. — L'ulcère hémorragique de l'estomac (*Thèse de Paris*, 1898).

SAVIGNAC. — Discussion sur les hémorragies du tube digestif (*Arch. Mal. tube dig.*, 1924).

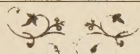
SÀVY P. — Considérations pratiques sur le diagnostic de l'ulcère de l'estomac (*Le Journal de Méd. de Lyon*, n° 35, 20 Juin 1921).

TIXIER Louis et CLAVEL Charles. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales (Masson, édit., 1933).

WYBAUW L. — L'orientation actuelle du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodéal (*Le Scapel*, n° 25, 24 Juin 1933, d'après une communication faite à la Société Clinique des Hôpitaux de Bruxelles).



Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER.



12